Organ właściwy wierzyciela[1] realizujący świadczenia z funduszu alimentacyjnego:
Adres:

WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZENIA Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO

Część I

1. Dane osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do świadczenia z funduszu alimentayjnego[2]

<table>
<tr><td colspan="2">Imię</td><td colspan="2">Nazwisko</td></tr>
<tr><td colspan="4">Numer PESEL[3]</td></tr>
<tr><td colspan="2">Stan cywilny</td><td colspan="2">Obywatelstwo</td></tr>
<tr><td colspan="3">Miejsce zamieszkania[4]</td><td rowspan="3">Telefon (nieobowiązkowo)</td></tr>
<tr><td>Miejscowość</td><td colspan="2">Kod pocztowy</td></tr>
<tr><td>Ulica</td><td>Numer domu</td><td>Numer mieszkania</td></tr>
</table>

2. Wnoszę o ustalenie prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego

Lp.	Imię i nazwisko osoby uprawnionej	Numer PESEL[3]	Rodzaj szkoły lub szkoły wyższej, do której uczęszcza osoba uprawniona
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

3. Dane członków rodziny, w tym dzieci do ukończenia 25 lat, jeżeli pozostają na utrzymaniu rodziców, a także dziecka, które ukończyło 25. rok życia, otrzymującego świadczenia z funduszu alimentacyjnego lub legitymującego się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy, albo zasiłek dla opiekuna, a także osoby uprawnionej; do członków rodziny nie zalicza się: dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, rodzica osoby uprawnionej zobowiązanego tytułem wykonawczym pochodzącym lub zatwierdzonym przez sąd do alimentów na jej rzecz.

W skład rodziny wchodzą:

1. .....
imię i nazwisko data urodzenia stopień pokrewieństwa

.....
PESEL[3)] urząd skarbowy

2. .....
imię i nazwisko data urodzenia stopień pokrewieństwa

.....
PESEL[3)] urząd skarbowy

3. .....
imię i nazwisko data urodzenia stopień pokrewieństwa

.....
PESEL[3)] urząd skarbowy

4. .....
imię i nazwisko data urodzenia stopień pokrewieństwa

.....
PESEL[3)] urząd skarbowy

5. .....
imię i nazwisko data urodzenia stopień pokrewieństwa

.....
PESEL[3)] urząd skarbowy

4. Organ, do którego są opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 114, z późn. zm.) w zw. z art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 859, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą” (zakreślić odpowiedni kwadrat)

□ Zakład Ubezpieczeń Społecznych

□ Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

□ Wojskowe Biuro Emerytalne

□ Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych

□ Biuro Emerytalne Służby Więziennej

□ Jednostka organizacyjna wymiaru sprawiedliwości …….

……...

(nazwa i adres właściwej jednostki)

□ inne……

……..

(nazwa i adres właściwej jednostki)

5. Inne dane

5.1. Łączna kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób wyniosła w roku .....[*)] ..... zł ..... gr.

5.2. W roku kalendarzowym poprzedzającym okres świadczeniowy lub po tym roku nastąpiła/nie nastąpiła [**)] utrata dochodu[***)].

5.3. W roku kalendarzowym poprzedzającym okres świadczeniowy lub po tym roku nastąpiło/nie nastąpiło [**)] uzyskanie dochodu[****)].

[*)] Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

[**)] Niepotrzebne skreślić.

[***)] Utrata dochodu, zgodnie z art. 2 pkt 17 ustawy, oznacza utratę dochodu spowodowaną:

- uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego,
- utratą prawa do zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- utratą zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- utratą zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- wyrejestrowaniem pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584, z późn. zm.),
- utratą zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do tych świadczeń,
- utratą zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- utratą świadczenia rodzicielskiego,
- utratą zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

****) Uzyskanie dochodu, zgodnie z art. 2 pkt 18 ustawy, oznacza uzyskanie dochodu spowodowane:

- zakończeniem urlopu wychowawczego,
- uzyskaniem prawa do zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- uzyskaniem zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- uzyskaniem zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- rozpoczęciem pozarolniczej działalności gospodarczej lub wznowieniem jej wykonywania po okresie zawieszenia w rozumieniu art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej,
- uzyskaniem zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- uzyskaniem świadczenia rodzicielskiego,
- uzyskaniem zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

…….....**.....**

(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Część II

1. Oświadczenia służące ustaleniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego

(oświadcza przedstawiciel ustawowy lub pełnomocnik osoby uprawnionej do alimentów)

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do świadczeń z funduszu alimentacyjnego,
- osoba/osoby uprawniona/uprawnione, w której/których imieniu ubiegam się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego, nie pozostaje w związku małżeńskim ani nie przebywa w pieczy zastępczej lub instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie, tj. domu pomocy społecznej, placówce opiekuńczo-wychowawczej, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym, zakładzie karnym, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, szkole wojskowej lub innej szkole, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatnie pełne utrzymanie.

…….....**.....**

(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

- osoba/osoby uprawniona/uprawnione, w której imieniu ubiegam się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego, w kolejnym roku szkolnym lub akademickim będzie/będą się uczyć w szkole lub w szkole wyższej,
- w przypadku rezygnacji z kontynuacji nauki osoby/osób uprawnionej/uprawnionych, w której/których imieniu ubiegam się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować organ przyznający świadczenia z funduszu alimentacyjnego.

…….....**.....**
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

2. Oświadczenia służące ustaleniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego

(oświadcza pełnoletnia osoba uprawniona do alimentów)

Oświadczam, że:
- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do świadczeń z funduszu alimentacyjnego,
- nie pozostaję w związku małżeńskim ani nie przebywam w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie, tj. domu pomocy społecznej, placówce opiekuńczo-wychowawczej, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym, zakładzie karnym, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, szkole wojskowej lub innej szkole, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatnie pełne utrzymanie.

…….....**.....**
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Oświadczam, że:
- w kolejnym roku szkolnym lub akademickim będę uczyć się w szkole lub w szkole wyższej,
- w przypadku rezygnacji z kontynuacji nauki zobowiązuję się niezwłocznie poinformować organ przyznający świadczenia z funduszu alimentacyjnego.

…….....**.....**
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Oświadczam, że:
przekazałam/przekazałem organowi egzekucyjnemu wszelkie znane mi informacje niezbędne do prowadzenia postępowania egzekucyjnego przeciwko dłużnikowi.

…….....**.....**
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Oświadczam, że:

do alimentacji są zobowiązani:

1) .....
.....
.....
.....
(imię i nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania, zatrudnienie, sytuacja ekonomiczna)

2) .....
.....
.....
.....
(imię i nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania, zatrudnienie, sytuacja ekonomiczna)

3) .....
.....
.....
.....
(imię i nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania, zatrudnienie, sytuacja ekonomiczna)

4) .....
.....
.....
.....
(imię i nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania, zatrudnienie, sytuacja ekonomiczna)

…….....
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

W przypadku zmiany liczby członków rodziny, umieszczenia osoby uprawnionej w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie albo w pieczy zastępczej, lub zawarcia przez osobę uprawnioną związku małżeńskiego oraz innych zmian mających wpływ na prawo do świadczeń z funduszu alimentacyjnego, zwłaszcza uzyskania dochodu, uchylenia obowiązku alimentacyjnego lub zmiany wysokości zasądzonych alimentów oraz otrzymania alimentów w okresie pobierania świadczeń z funduszu alimentacyjnego, osoba uprawniona jest obowiązana niezwłocznie powiadomić o tych zmianach organ właściwy wierzyciela.

Niepoinformowanie organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie świadczeń z funduszu alimentacyjnego o zmianach, o których mowa powyżej, może skutkować powstaniem nienależnie pobranych świadczeń, a w konsekwencji koniecznością ich zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie.

…….....
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1) .....
2) .....
3) .....
4) .....
5) .....
6) .....

Pouczenie

1. Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują osobie uprawnionej do alimentów od rodzica na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd, jeżeli egzekucja jest bezskuteczna (art. 2 pkt 11 ustawy).
2. Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują osobie uprawnionej do ukończenia przez nią 18 roku życia albo w przypadku gdy uczy się w szkole lub szkole wyższej do ukończenia przez nią 25 roku życia, albo w przypadku posiadania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności – bezterminowo (art. 9 ust. 1 ustawy).
3. Świadczenie z funduszu alimentacyjnego nie przysługuje (art. 10 ust. 2 ustawy), jeżeli osoba uprawniona:
   1) została umieszczona w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie albo w pieczy zastępczej;
   2) zawarła związek małżeński.
4. Zgodnie z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) za złożenie fałszywego oświadczenia grozi kara pozbawienia wolności do lat 3.

5. Nienależnie pobranym świadczeniem z funduszu alimentacyjnego (na podstawie art. 2 pkt 7 ustawy) są świadczenia z funduszu alimentacyjnego:
   - wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie albo wstrzymanie wypłaty świadczenia w całości lub w części,
   - przyznane lub wypłacone w przypadku świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą te świadczenia,
   - wypłacone bez podstawy prawnej lub z rażącym naruszeniem prawa, jeżeli stwierdzono nieważność decyzji przyznającej świadczenie albo w wyniku wznowienia postępowania uchylono decyzję przyznającą świadczenie i odmówiono prawa do świadczenia,
   - wypłacone, w przypadku gdy osoba uprawniona w okresie ich pobierania otrzymała, niezgodnie z kolejnością określoną w art. 28 ustawy, zaległe lub bieżące alimenty, do wysokości otrzymanych w tym okresie alimentów,
   - wypłacone osobie innej niż osoba, która została wskazana w decyzji przyznającej świadczenia z funduszu alimentacyjnego, z przyczyn niezależnych od organu, który wydał tę decyzję.

…….....**.....**
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…….....**.....**
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

[1)] Wójt, burmistrz lub prezydent miasta właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej lub miejsce jej pobytu.

[2)] Wypełnia pełnoletnia osoba uprawniona do alimentów od rodzica na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd, jeżeli egzekucja okazała się bezskuteczna, a w przypadku niepełnoletniej osoby uprawnionej do alimentów – jej przedstawiciel ustawowy.

[3)] W przypadku gdy nie nadano tego numeru lub w przypadku cudzoziemców – serię i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

[4)] Wpisać miejscowość, ulicę, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, pocztę.